

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		長岡				資格区分		一般																			
世帯主	氏名						世帯主の住所																				
	生年月日		年		月								日														
限度額適用 減額対象者	氏名						世帯主との続柄																				
	生年月日		年		月								日														
	個人番号																										
長期入院		該当・非該当		91日目 令和 年 月 日				認定証長期日 令和 年 月 日																			
申請日の前1年間の入院期間（日数）				令和 年 月 日から		令和 年 月 日から		日間																			
入院をした保険医療機関等			名称																								
			所在地																								
<p>上記のとおり交付申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>新潟県長岡市長 様</p> <p>私は、この申請に関して市民税の課税状況について必要な調査をされることに同意します。</p> <p>世帯主 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>受領者</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">認定証を郵送いたしますので、受領者欄は記載不要です。</p> </div>																											
市 町 村 処 理 欄	認定方法 イ. 公簿（前住所地照会含む） ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 市町村民税非課税証明書等 ニ. 却下（理由）							認定年月日		令和 年 月 日																	
								発行期日		令和 年 月 日																	
								現年滞納		無・有（ . . ）現在																	
	適用区分							交付処理		即時交付・郵送																	
ア		イ		ウ		エ		オ		現I		現II		低I		低II		確認証		保険証・免許証・その他（ ）							
減額認定長期入院				8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月	